



PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del alumno:

Yareni Velázquez González

Nombre del profesor:

Lic. Ervin Silvestre Montejo

Licenciatura:

Lic. Enfermería

Materia:

Prácticas profesionales

Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico
“Apendicitis”

Frontera Comalapa, Chiapas a 22de Mayo del 2020

APENDISITIS

La **apendicitis** es una inflamación del apéndice, una bolsa en forma de dedo que se proyecta desde el colon en el lado inferior derecho del abdomen. La **apendicitis** provoca dolor en el abdomen bajo derecho.

Anatomía

Embriológicamente el apéndice es parte del ciego, formándose en la unión distal en donde se unen las tres tenias.

Histológicamente el apéndice es similar al ciego e incluye fibras musculares y circulares y longitudinales

El apéndice puede mantener diversas posiciones, clásicamente se han postulado la retrocecal, retroileal, pélvica, cuadrante inferior derecho y cuadrante inferior izquierdo

Dentro d la capa submucosa se contienen los folículos linfoides en número aproximado de 200; el mayor número de ellos se encuentra entre los 10 y 30 años de edad con un descenso en su número después de lo 30 y ausentes completamente después de los 30

La arteria apendicular cursa por en medio del meso apéndice yes rama de la arteria ileocolica; sin embargo puede presentarse proveniente de la rama cecal posterior rama de la arteria cólica derecha

El mesenterio del apéndice pasa por detrás del íleon terminal y es continuación del mesenterio del intestino delgado.

Epidemiología

La apendicitis aguda continúa siendo la mayor causa de abdomen agudo que requiere tratamiento quirúrgico. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino siendo el 1 por cada 35 afectados y el 1 por cada 50 en pacientes femeninas

Bacteriología

Bacteroides fragilis se presenta en más de 70% de pacientes con apéndice fase III. En general más de 10 especies pueden ser cultivadas en pacientes con apendicitis infectada y típicamente los microorganismos anaerobios

Cuadro clínico

En la etapa inicial de la apendicitis el dolor aumenta en el transcurso de 12 a horas y se presenta en 95 % de los pacientes con esta entidad. El dolor es mediado por fibras viscerales aferentes al dolor: se caracteriza por ser poco localizado en epigastrio o a nivel periumbilica, ocasionalmente como si fuera un calmante que no mejora con las evacuaciones, el reposo o el cambio de posición. En esta etapa más de 90% de los pacientes adultos presentan anorexia al igual que 50% de los pacientes pediátricos y del total 60% presentaran náusea

Signos

Mc Burney: punto doloroso a la palpación de la unión del tercio medio con el inferior al trazar una línea imaginaria entre el ombligo y la cesta

Signo de Blumberg: dolor en fosa iliaca derecha a la descompresión. Se presenta el 80% de los casos.

Maniobra de Haussmann: se presiona el punto Mc Burney, se levanta el miembro inferior extendido hasta que forme con el plano de la cama un ángulo de unos 60; el dolor aumenta en la apendicitis.

Signo de Llambias: al hacer saltar al enfermo el dolor aumenta en fosa iliaca derecha

Signo de Sumner: defensa involuntaria: los músculos de la pared abdominal solo una zona de inflamación intraperitoneal más objetiva que el dolor a la presión y presenta en 90% de los casos.

Signo de Rovsing: dolor en fosa iliaca derecha al comprimir la fosa iliaca izquierda es explicado por el desplazamiento de los gases

Signo de Talo percusión: dolor en fosa iliaca derecha con paciente en decúbito dorsal al elevar ligeramente el miembro pélvico derecho y golpear ligeramente el talón

Signo de Psoas: se apoya suavemente la mano en la fosa iliaca derecha hasta provocar un suave dolor y se aleja hasta que el dolor desaparezca.

Laboratorios

El hallazgo más común es la elevación de los leucocitos a 15,000 mm. Se debe realizar un diagnóstico diferencial prácticamente con cualquier patología con potencial afectación del cuadrante inferior derecho.

Imagenología

Radiografías de abdomen: el hallazgo patognomónico es el apendicolítico encontrado únicamente de 5-8%, otros hallazgos no patognomónicos, pero encontrados comúnmente son gas en el apéndice, íleo parálitico localizado, pérdida de la sombra cecal, borramiento del psoas derecho

Ultrasonido: los criterios para el diagnóstico ecográfico aguda incluyen la visualización de una imagen tubular localizada en la FID, cerrada en un extremo, no comprensible por medio del transductor, con un diámetro transversal mayor a 6 mm y una pared engrosada mayor de 2 mm.

TAC. Los criterios están bien establecidos para diferenciar un apéndice normal de uno inflamado: visualización del apéndice y diámetro de 6 o más mm con sensibilidad y especificidad de 87-100% y de 95-99%, respectivamente.

TRATAMIENTO: En cualquier caso de apendicitis aguda el tratamiento es quirúrgico y el uso de antibióticos en pre y en el postoperatorio debe de ir encaminado hacia los microorganismos principalmente aislados como se menciona en los cuadros del texto anteriores posteriormente ajustados al resultado del cultivo tomado durante el acto quirúrgico